IMAGERIE
LA CHAUX-DE-FONDS

Imagens de mulher

Com que idade você teve a sua menstruação ? _ _ anos

Você já fez uma mamografia ?
❑ SIM : mês / ano ❑ NÃO

Você tem filhos ?
❑ SIM Quantos ? _ _ Idade da primeira gravidez : _ _ anos Número de gestação(es) : _ _
❑ NÃO

Você amamentou ?
❑ SIM Duração aproximada para cada criança : _ _ mês _ _ mês _ _ mês _ _ mês
❑ NÃO
Possíveis complicações (abcesso, mastite…) :..... ….

Você está na menopausa ?
❑ SIM ..... Desde quando ? _ _ anos ❑ NÃO Data da última menstruação :.....

Você faz algum tratamento hormonal ?
❑ SIM Quais : ..... ❑ NÃO

Você tem actualmente algum problema no(s) seio(s) ?
❑ SIM Quais : ..... ❑ NÃO

Você ja teve algum problema (operação, biópsia…) no(s) seio(s) ?
❑ SIM Quais : ..... ❑ NÃO

História familiar de cancro da mama e/ou ovário :
❑ OUI ❑ NON
Se sim, qual o parentesco, e a que idade : **lado da mãe** :.....
.....
lado do pai : .....
.....

Espaço reservado para o médico

Apelido : ..... Nome : .....Idade : .....

Os relatórios médicos e as imagens feitas no nosso centro serão transmitidos ao médico prescritor do exame e a outros profissionais de saúde mencionados na folha de prescrição. Médicos, hospitais, **CHUV ou HUG (hospitais universitários de Genebra)** frequentemente solicitam os resultados dos exames e imagens feitos no nosso centro. Pela sua assinatura :

- Você concorda que os relatórios médicos e imagens sejam enviados para eles enquanto você está em tratamento com os mesmos, de acordo com o princípio da proporcionalidade.
- Você concorda que o centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** possa solicitar relatórios ou imagens antigas necessárias para o estabelecimento do diagnóstico relacionado aos exames realizados nas nossas instalações, respeitando o princípio da proporcionalidade.

Data : Assinatura :